sistante on a trouvé des grands amas de « Mastzellen » comme MM. Unna et Paul Raymond les ont trouvés dans l'urticaire pigmentée.

M. Leloir : Je félicite beaucoup M. Unna de sa communication et j'en suis d'autant plus heureux qu'elle confirme les recherches antérieures que j'ai publiées en 1886 dans mon *Traité de la lèpre* sur les altérations nerveuses périphériques dans cette affection.

Comme M. Unna, j'ai vu, dans certains cas, certaines variétés de syphilides érythémateuses annulaires tardives simuler absolument certaines variétés des macules de lèpre que j'ai décrites dans mon groupe des *macules érythémateuses circinées.*

Dans un cas, où cette éruption annulaire était survenue chez un sujet syphilitique, mais ayant habité longtemps des pays où la lèpre règne d'une façon endémique, le diagnostic demeura longtemps hésitant, et ce n'est qu'au bout de quelques années que je pus arriver à poser le diagnostic de syphilide érythémateuse anormale.

J'ai eu, ultérieurement, l'occasion d'observer plusieurs cas de ces lésions érythémateuses survenues chez des sujets syphilitiques, mais n'ayant jamais quitté les pays français, où la lèpre n'existe pas.

Cela démontre une fois de plus, ainsi que je l'ai écrit, que, dans certains cas, le diagnostic est fort difficile entre les macules lépreuses érythémateuses et certaines variétés de syphilides annulaires anormales.

IV. Sur une nouvelle forme de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique,

par M. le Dr H. Hallopeau.

Nous avons observé l'an passé une dermatite à caractères très insolites sur laquelle M. Unna a appelé l'attention dans ses lettres de Paris; les moulages qui la représentent ne ressemblent à aucune autre pièce de notre musée; aucune description antérieure ne s'y rapporte. Elle nous paraît appartenir à un type morbide non encore décrit.

Voici l'histoire de notre malade :

L..., bijoutière, âgée de quarante-neuf ans, entre, le 21 février 1888, au nº 2 de la salle Lugol.

Antécédents. Elle s'est bien portée jusqu'à ces dernières années. Elle a eu, à trente et à trente et un ans, des enfants bien portants. Veuve depuis trois ans et demi, elle assure que les derniers rapports sexuels remontent à quatre ans; un peu auparavant, elle aurait eu à plusieurs reprises des éruptions vulvaires.

En juin 1886, elle a été atteinte d'un rhumatisme articulaire qui, après avoir envahi la plupart des jointures, est resté pendant deux mois localisé au coude gauche.

Elle entre, le 10 septembre de la même année, dans le service de M. Quinquaud, salle Biett, atteinte d'une éruption dont le début remonte à trois semaines. La malade assure qu'elle était constituée, comme celle d'aujourd'hui, par de petites pustules réunies en groupe et donnant lieu à de vives démangeaisons.

Dans une note que M. Moulonguet, interne du service, a bien voulu nous communiquer, nous voyons signalées, à la paume de la main gauche, de nombreuses vésicules et pustules, qui se recouvrent de croûtelles et ont, comme celles que nous avons actuellement sous les yeux, le volume d'un grain de millet.

Sur le dos de la même main, au niveau des quatrième et cinquième articulations métacarpo-phalangiennes et de la commissure des troisième et quatrième doigts, se voient deux vastes ulcérations (?), réunies par un isthme au niveau de la quatrième articulation métacarpo-phalangienne, suintantes, non douloureuses, non déprimées, elles sont séparées de la peau saine, par un sillon autour duquel l'épiderme paraît soulevé.

Des ulcérations (?) analogues occupent les faces dorsale et latérale de la troisième phalange du cinquième doigt, la face latérale de la deuxième phalange du troisième doigt, et la commissure intermédiaire aux deux premières; sur la face interne du haut des cuisses et sur les grandes lèvres, se trouvent des saillies papuleuses agglomérées dont l'aspect rappelle celui des syphilides papulo-tuberculeuses.

Derrière la nuque, on voit une plaque formée de papules conglomérées qui desquament légèrement.

Conformément aux assertions de la malade, l'éruption paraît avoir eu, à cette époque, les mêmes caractères et les mêmes localisations qu'aujourd'hui.

Dès lors, on signale une altération singulière de la langue : sa face dorsale et ses bords, creusés de nombreux sillons, ont un aspect villeux qui rappelle celui de la muqueuse intestinale en même temps que les parties limitées par les sillons ont un aspect analogue à celui des circonvolutions cérébrales.

Sur la partie interne de la joue gauche, on note une saillie grisâtre et plissée. Le 25 septembre, les ulcérations de la main gauche se sont agrandies; une vaste ulcération recouvre actuellement toutes les articulations métacarpo-phalangiennes et se prolonge sur le dos de la main ainsi que sur les doigts.

Au troisième doigt, l'ulcération latérale de la deuxième phalange a envahi toute la face dorsale et postéro-latérale de la troisième phalange et le pourtour de l'ongle. Sur la face palmaire des doigts, on note des soulèvements épidermiques remplis de sérosité purulente d'une odeur *sui generis*. La surface des ulcérations est remarquable par leur aspect mamelonné et leur coloration d'un gris sale; les boutons vulvaires ont grossi. A partir du 27 septembre, la malade prend deux pilules de proto-iodure d'hydrargyre et deux grammes d'iodure de potassium. On applique sur les mains un emplâtre de Vigo.

Le 2 octobre, l'ulcération de la main continue à s'étendre. Elle est maintenant traitée par l'iodoforme.

20 octobre. — La plaie a une odeur infecte. Elle occupe presque tout le dos de la main et des doigts, ainsi que la face palmaire des doigts, sans solution de

continuité ; ses bords sont toujours soulevés par de la sérosité purulente. Le pansement à l'iodoforme est renouvelé tous les quatre jours.

Le 4 novembre, l'état de la main est très amélioré, surtout sur la face dorsale; la peau est redevenue saine dans toute la partie centrale de l'ulcération; celle-ci ne persiste qu'en haut et en bas, c'est-à-dire sur la partie supérieure du dos de la main et sur la face dorsale des doigts; il y a là deux zones dont le diamètre vertical atteint de 3 à 4 centimètres; leurs dimensions transversales n'ont pas diminué. Sur la face palmaire, un épiderme mince, rose et luisant, a reparu par places, mais il est soulevé en plusieurs points par de petites saillies coniques à sommet purulent. La malade sort le 7 novembre.

En comparant cette description à celle que nous donnons plus loin de l'état actuel, on reconnaît qu'il s'agit certainement d'éruptions très analogues et de même nature, avec cette différence essentielle que nous n'avons jamais constaté de véritables ulcérations; nous avons tendance à croire que les lésions qualifiées ainsi dans la première période n'ont été que de simples soulèvements épidermiques; elles n'ont laissé aucune cicatrice. Au bout de deux mois, la malade assure qu'elle n'avait plus aucun bouton ni aucune ulcération. Au printemps de l'année suivante (1887), une suppuration s'établit à l'extrémité de l'index droit et amène la chute de sa première phalange. En juin, l'éruption reparaît à la vulve et à la nuque : elle débute par des boutons qui s'étendent progressivement ; des lésions analogues se manifestant au cuir chevelu et aux lèvres; la plaque du cou atteint des proportions considérables. La malade rentre dans le service de M. Quinquaud : elle y est traitée, à l'intérieur, par l'iodure de potassium, dont elle prend chaque jour 4 grammes, localement par des douches de vapeur, et l'application d'iodoforme et d'emplâtre diachylon. Elle assure que sa guérison était presque complète au bout de deux mois; cependant les lèvres restent malades.

En janvier 1888, apparaissent de nouveau, à la nuque, des boutons qui grossissent, s'indurent, s'ulcèrent, se recouvrent de croûtes, s'étendent progressivement et forment bientôt une plaque très étendue. Des lésions analogues se produisent au cuir chevelu et à la vulve.

État actuel. L... est grande et bien constituée ; sa santé générale a relativement peu souffert; cependant son teint est pâle, et elle dit avoir maigri dans ces derniers temps.

Elle porte à la *nuque* une grande plaque éruptive qui, en haut, commence au-dessous de la protubérance occipitale, et, inférieurement, descend jusqu'à l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale, mesurant ainsi 7 centimètres dans son diamètre vertical, alors que transversalement elle atteint 10 centimètres; limitée par un rebord nettement polycyclique, elle présente à sa surface un grand nombre d'élevures, dont les dimensions varient de celles d'un grain de millet à celles d'un pois; sur un certain nombre d'entre elles, on voit, au centre, une tache d'un blanc jaunâtre qui correspond à un petit foyer de suppuration; il est facile de s'en convaincre par la piqûre. Ces pustulettes sont disposées en groupes irrégulièrement circulaires; les parties de la plaque qui ne sont plus en suppuration sont colorées en brun, sillonnées de stries peu profondes et parsemées de fines croûtelles jaunâtres. Sa consistance est plus ferme que celle des téguments voisins et, en y promenant le doigt, on y trouve un grand nombre de saillies dures et mamelonnées. En dehors de son angle inférieur gauche, on voit une saillie papulo-tuber-

culeuse : l'évolution ultérieure de la maladie a montré qu'il s'agissait là d'un petit foyer de suppuration; c'est ainsi, d'une manière invariable, que progressent les lésions chez cette malade. Celles de la nuque ont débuté, d'après les renseignements qu'elle nous a fournis, par un bouton sur la partie postéro-latérale droite de la région. Il y a un prurit intense.

Sur le *cuir chevelu*, se trouvent disséminées plusieurs plaques de petites dimensions formées de vésico-pustules reposant sur une base indurée et de saillies recouvertes ou non de croûtelles qui représentent ces éléments après évacuation du pus. Les cheveux commencent à se raréfier par place.

Les *lèvres* sont exulcérées dans la plus grande partie de leurs bords libres; on y voit un grand nombre de fissures verticales; les parties excoriées sont recouvertes de croûtes brunâtres; les lésions sont plus prononcées à la lèvre inférieure. La *commissure gauche* est creusée d'une rhagade plus profonde : il s'en détache, à la face interne de la *joue*, une plaque qui se dirige d'avant en arrière sur une largeur de 3 1/2 centimètres, alors qu'elle mesure verticalement 1 1/2 centimètre; sa surface est bourgeonnante, mamelonnée, creusée de sillons; un examen attentif y fait reconnaître la présence d'un grand nombre de points jaunes qui sont de petites pustules, et de dépressions qui représentent ces mêmes pustules ouvertes.

Sur la partie la plus élevée de la *voûte palatine*, existe un groupe de dépressions au niveau desquelles la muqueuse semble exulcérée; ce groupe est circulaire et entouré d'une zone inflammatoire; on y voit des points jaunâtres dont la piqûre donne issue à du pus. *Ces lésions buccales paraissent de même nature que les lésions cutanées*. Plus en arrière, on voit un groupe de saillies mamelonnées et bourgeonnantes, séparées par des sillons; elles sont d'apparence cicatricielle. La *langue* est très altérée : sa face dorsale est creusée en tous sens de sillons plus ou moins profonds qui la divisent en mamelons isolés que surmontent des granulations, et par places de fines végétations; deux de ces sillons atteignent 8 millimètres de profondeur; dirigés d'arrière en avant, ils se réunissent au voisinage de la pointe. Le bord droit est creusé d'une dépression cicatricielle. La malade ne peut fournir aucune indication relativement au mode de développement de ces lésions non plus qu'à l'époque où elles se sont produites.

Sur le tronc, on remarque quelques taches brunes, des plaques de vitiligo à la ceinture et quelques saillies papuleuses qui, comme nous le verrons, représentent, selon toute vraisemblance, des foyers de suppuration restés isolés et éteints.

Une grande plaque occupe la vulve, remonte au-dessus du pubis, empiète de chaque côté sur la face interne des cuisses et des fesses, jusqu'à 8 centimètres en dehors des grandes lèvres et s'étend en arrière à 5 centimètres au delà de l'anus; les grandes lèvres et la partie voisine des cuisses sont considérablement tuméfiées, les téguments y forment des bourrelets que séparent des sillons profonds.

Ces parties sont légèrement indurées; elles offrent une coloration rouge sombre ou pâle, sur laquelle tranchent de nombreuses taches blanches; celles-ci représentent des pustules miliaires, reposant sur une base saillante et le plus souvent agminées en foyers circulaires. Ces pustules occupent surtout le bord libre des grandes lèvres et la périphérie de la lésion dont elles forment la limite, soit qu'elles soient encore en évolution, soit qu'elles aient fait place à des croûtes. Les foyers qu'elles constituent sont généralement arrondis; leurs dimensions

varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes; souvent ils ne sont représentés par des pustules qu'à leur périphérie, leur partie centrale est rouge et recouverte de son épiderme ou croûteuse. Au-dessous du pubis, le bord nettement dessiné de la plaque est formé par des croûtes brunâtres analogues à celles de l'impétigo; elles forment une ligne courbe à convexité inférieure. Plus bas, au niveau des cuisses et au pourtour de l'anus, le rebord formé par l'union des plaques conglomérées est polycyclique. Les parties comprises dans l'aire ainsi circonscrite sont d'un rouge sombre sur lequel se dessinent de nombreux éléments pustuleux; elles sont le siège d'un *prurit* intense.

Les ganglions inguinaux sont légèrement tuméfiés.

Les jours suivants, de nouvelles pustules se produisent au pourtour des lésions anciennes et nous pouvons reconnaître quelle en est *l'évolution. Le phénomène initial est constamment l'apparition d'une vésico-pustule du volume d'un grain de millet; le liquide qu'elle renferme est d'emblée très louche et devient très rapidement tout à fait purulent; bientôt une petite aréole rouge se manifeste autour de la vésicule et souvent le derme s'indure un peu à son niveau. Puis des éléments semblables se forment autour de la pustulette initiale et ainsi se trouve constituée, par progression excentrique, une plaque dont les dimensions s'accroissent graduellement; cependant les pustules initiales s'ouvrent et font place d'abord à des croûtes généralement peu épaisses; lorsque celles-ci tombent, on ne voit pas d'ulcération, mais une surface d'un rouge sombre, et ridée, qu'entoure un cercle de pustulettes.*

Les plaques ainsi développées tendent elles-mêmes à s'agglomérer et finissent par former les lésions étendues que nous avons signalées à la nuque et à la vulve. Nous avons vu sous nos yeux se dérouler ces différentes phases sur les fesses, au voisinage de la plaque miliaire, et le développement de la pustulette initiale aboutir à la formation de plaques conglomérées qui ont atteint plusieurs centimètres de diamètre.

L'inflammation peut dépasser la limite du derme et nous allons voir se développer des phlegmons sous-cutanés.

Les lésions, si considérables, qui se sont développées en 1886 sur le dos de la main gauche n'ont laissé d'autres traces qu'une légère coloration brunâtre de la peau. Nous ne constatons aucun signe d'affection viscérale.

Quelle maladie avons-nous sous les yeux?

Notre première impression, en raison surtout de l'état de la langue, est qu'il s'agit d'une manifestation anormale de la syphilis, et deux maîtres en syphiligraphie, auxquels nous montrons la malade, formulent le même diagnostic. En conséquence, nous prescrivons l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes, deux cuillerées à soupe de sirop de Gibert, bientôt remplacées par des frictions quotidiennes avec 6 grammes d'onguent napolitain, et en même temps l'application constante sur les parties malades de compresses imprégnées d'une solution de sublimé à 1/5000e.

6 *mars*. — Une pustule du volume d'une lentille s'est développée depuis deux jours dans l'aine droite; elle est entourée d'une desquamation en collerette et repose sur une base indurée.

Nous notons en même temps la présence dans l'aisselle droite d'un nodule du volume d'un haricot; sa couleur est rouge; on voit une pustulette dans sa partie centrale, la malade assure qu'il a débuté il y a cinq jours.

Un soulèvement purulent de l'épiderme s'est manifesté au niveau de la commissure qui unit l'index et le médius de la main gauche.

9 *mars*. — De nouvelles pustules se sont produites sur les plaques de la nuque et autour de la vulve. Plusieurs d'entre elles semblent répondre à des follicules pilaires.

La plaque interdigitale de la main gauche présente des croûtes à sa périphérie; on voit une pustulette sur le dos de la première phalange d'un des doigts; la malade assure que l'ulcération interdigitale a débuté ainsi.

12 *mars*. — On note une pustule au niveau de l'épaule droite, sept ou huit pustules sur la fesse gauche; l'une d'elles repose sur une base indurée rouge, douloureuse, enflammée.

14 *mars*. — Des pustules se développent autour de cette dernière.

16 *mars*. — La plaque de la nuque présente une notable amélioration dans son quart inférieur. Elle n'est plus, dans cette partie, limitée que par un rebord légèrement saillant; elle ne diffère plus guère des parties saines que par sa coloration très brune : on y voit cependant encore, par places, quelques pustules, généralement groupées en cercles.

A la vulve, il y a moins d'éléments pustuleux; ils ne se voient plus guère que sur le bord libre des grandes lèvres et à la périphérie de la plaque; ici, ils sont réunis en groupes circulaires, reposent sur une base indurée et forment par leur union un bourrelet saillant. Dans tous les points où il n'y a plus de lésions en activité, les téguments offrent une teinte sombre, d'un brun noirâtre.

23 *mars*. — La lésion située entre l'annulaire et le médius s'est étendue. On y distingue un large soulèvement épidermique entouré de pustules isolées. Celles-ci sont plus récentes; c'est par elles que la lésion se développe excentriquement. Au centre, le pus s'est concrété en croûtes jaunâtres, semblables à celles de l'impétigo. L'altération s'étend sur la face interne du médius et sur la face externe et postérieure de l'annulaire dans une hauteur d'environ 1 1/2 centimètre.

27 *mars*. — Des pustules du volume d'un grain de chènevis, conglomérées en une plaque et reposant sur une base indurée et tuméfiée, se sont développées sur la fesse gauche. A côté, se trouvent des lésions plus étendues, cinq nodosités dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un œuf; elles semblent se confondre les unes avec les autres; leur surface est le siège d'ulcérations qui atteignent 3 millimètres de diamètre; la pression y donne issue à du pus et à de la sérosité louche.

30 *mars*. — L'éruption de l'aisselle droite présente actuellement les caractères suivants : au-dessus du pli, se trouve une plaque de forme ovalaire, limitée à la périphérie par une sorte de bourrelet que constituent une série de pustules confluentes, à base indurée. Au centre, la plaque n'est ni saillante, ni ulcérée; elle présente une coloration rouge sombre. En dehors d'elle, on voit une pustulette qui repose sur une induration. Au-dessous, existe une plaque semblable, mais de moindres dimensions. Elle est formée également par l'agglomération de pustules à base indurée, les unes remplies de pus, les autres recouvertes de croûtelles.

Plus bas, dans le creux axillaire, se trouvent deux indurations; l'une est une plaque cicatrisée, l'autre est recouverte de croûtelles.

Sous l'aisselle gauche, il n'y a que deux nodosités, grosses, l'une comme un

haricot, l'autre comme un pois. Elles intéressent l'hypoderme et portent à leur surface des pustulettes.

L'état des lèvres est notablement amélioré.

A la vulve, un certain nombre de pustules se sont desséchées.

L'ulcération de la main s'étend excentriquement par un soulèvement bulleux; le centre se cicatrise.

On suspend l'usage de l'iodure de potassium. Les frictions sont continuées.

6 *avril.* — On constate à la périphérie de la lésion ano-génitale et sur le bord libre des grandes lèvres des lésions en évolution active; ce sont des pustulettes du volume d'un grain de millet et entourées d'une aréole rouge.

Elles sont le plus souvent disposées circulairement, limitant des plaques saillantes du volume d'un grain de chènevis à celui d'un haricot; dans ce dernier cas, le centre est rouge et recouvert de son épiderme. A mesure que la plaque s'agrandit, le contour pustuleux s'éloigne et le centre tend à guérir. Sur la fesse gauche, il s'est formé une lésion étendue, à contours très nettement polycycliques. Elle est constituée par la réunion de plaques limitées à leur périphérie par des pustules tandis que leur centre est recouvert de son épiderme; la peau y est seulement épaissie, rougie, sombre et injectée; le tissu cellulaire sous-jacent est induré profondément. On voit autour de cette surface quelques pustules isolées.

En raison de la persistance et de l'aggravation des lésions, le traitement spécifique est définitivement suspendu. Les lésions sont traitées localement par l'application de compresses imprégnées d'une solution concentrée d'acide borique.

13 *avril.* — A la nuque, de nouvelles pustules se sont formées; elles sont disposées en groupes circulaires reposant sur une lésion indurée; elles occupent surtout la périphérie de la grande plaque.

Une nouvelle vésico-pustule a paru au vertex. Dans l'aisselle, la plaque a pris un aspect irrégulièrement réniforme : elle est circonscrite par un rebord saillant qui mesure environ 3 centimètres transversalement, sur 1 1/2 centimètre de haut en bas. On y sent des points fluctuants dont la pression fait sourdre un liquide séro-purulent.

A la main droite, on voit, sur la face dorsale du premier métacarpien, une plaque limitée en partie par des croûtelles jaunâtres, en partie par un soulèvement bulleux de l'épiderme; le centre n'est plus exulcéré, cependant quelques pustulettes sont encore en voie d'évolution.

A la main gauche, le centre de la grande plaque est en voie d'amélioration; sa surface est rosée, inégale, recouverte par places de croûtes jaunâtres. Le pourtour de la plaque est formé par un soulèvement bulleux de l'épiderme sur une surface d'environ 1 millimètre, il paraît formé par la confluence de pustules; plusieurs de ces éléments sont encore en évolution dans l'aire de la plaque.

A la fesse gauche, la grande plaque est améliorée, mais non guérie : ses contours sont toujours nettement polycycliques; le centre des cercles est recouvert de son épiderme, la peau y est seulement épaissie et rougie; leur périphérie est formée, soit par des pustules, soit par des croûtelles. Au voisinage, des pustulettes se sont groupées et reposent sur une base indurée.

Partout l'éruption est prurigineuse.

19 *avril.* — La plaque du cou, traitée par l'application d'iodoforme que l'on maintient à l'aide de diachylon et par des douches de vapeur, continue à

s'améliorer; ses deux cinquièmes inférieurs ne sont plus guère représentés que par une coloration brunâtre. Cependant on y voit encore deux plaques formées de vésico-pustules agminées; l'une d'elles, grande comme une pièce de vingt centimes, occupe son angle inférieur droit. Dans la partie supérieure de la plaque, la peau est épaissie; on y distingue de petites plaques confluentes, saillantes, limitées par des cercles de vésico-pustules ou de croûtes qui les représentent.

Il n'y a plus que quelques croûtelles sur la lèvre supérieure; la lèvre inférieure, de même améliorée, présente encore quelques pustulettes. Dans l'aisselle droite, la plaque inférieure s'est agrandie; elle a maintenant 2 centimètres de diamètre; les lésions y pénètrent dans l'hypoderme qui est induré. Sur le tronc, on remarque disséminées un certain nombre de vésico-pustules reposant pour la plupart sur une base rouge, saillante, acuminée. Des macules brunâtres représentent des lésions en voie de régression.

L'état de la main gauche est très amélioré, les pustules se sont desséchées, il reste une coloration érythémateuse avec épaississement de la peau et quelques croûtelles jaunâtres ou blanchâtres.

A la main droite, il y a encore à la périphérie de la plaque quelques vésico-pustules et en plusieurs points des saillies légèrement indurées. A la fesse gauche, même état de l'ancienne plaque; on remarque une aréole érythémateuse en dehors des croûtelles périphériques.

Plus en arrière, une nouvelle lésion s'est développée; c'est une plaque rouge, limitée à la périphérie par des vésico-pustules, ramollie au centre, reposant sur une infiltration considérable du derme et mesurant 7 centimètres de diamètre.

On voit en outre des pustules isolées et d'autres réunies en groupe sur les fesses, et la partie postérieure de la cuisse et de la jambe gauche. Les lésions vulvaires paraissent éteintes presque partout; la partie externe des grandes lèvres et le sillon génito-urinaire ont une coloration d'un rouge bronzé; la plaque est encore limitée par un rebord saillant, qui supporte des pustulettes et des croûtelles réunies en segments de cercle; on voit encore quelques pustules nouvelles sur le bord libre des grandes lèvres et en dehors de la plaque.

4 *mai*. — La plupart des plaques du cuir chevelu ont disparu en laissant place à des îlots d'alopécie incomplète; on voit encore, sur la région temporale gauche, un groupe d'élevures indurées dont quelques-unes sont surmontées de pustulettes.

Une nouvelle plaque s'est formée dans l'aisselle droite au-dessous de celles qui ont été précédemment indiquées. Les lésions des mains ne sont plus représentées que par une surface rouge surmontée de croûtelles et de quelques saillies végétant. A la fesse gauche, la grande plaque s'est presque partout affaissée; elle a cessé de suppurer; on y trouve encore quelques saillies mamelonnées; elle est recouverte dans son tiers supérieur d'une croûtelle grisâtre; ses bords sont saillants et indurés; sa coloration varie du rouge violacé au brun sombre; elle disparaît sous la pression du doigt.

La plaque située plus en arrière s'est étendue; elle s'est abcédée profondément; on y perçoit la fluctuation sur une surface grande comme une pièce de 5 francs; un orifice donne issue à un liquide séro-purulent; on voit autour des pustulettes; le tissu cellulaire est induré autour de la plaque dans une éten-

due qui égale verticalement celle des deux mains et est moitié moindre transversalement.

11 *mai*. — Les deux plaques de la fesse mesurent 10 centimètres sur 8; la plus ancienne, située en dehors, est maintenant d'un brun sombre et entourée de macules brunâtres de toutes dimensions; les téguments sont indurés à son niveau; la plaque située en dedans et en arrière est encore en pleine activité, formant une saillie notable; elle présente à sa surface de nombreuses pustulettes; la plaque inférieure de l'aisselle mesure maintenant 3 1/2 centimètres sur 1 1/2 centimètre.

15 *mai*. — Des pustulettes ont apparu il y a trois jours au-dessous du sein droit; elles sont actuellement groupées circulairement à la périphérie d'une plaque arrondie, grande comme une pièce de 1 franc, faisant une saillie d'environ 3 millimètres; on voit dans sa partie centrale des dépressions qui correspondent aux premières pustules dont le contenu s'est évacué. Tout autour, on perçoit une induration qui intéresse le tissu cellulaire sous-cutané et dépasse de 2 centimètres environ les contours de la nouvelle plaque.

25 *mai*. — La plaque de la nuque n'est plus représentée dans ses deux cinquièmes inférieurs que par une surface d'un rouge sombre; dans le reste de son étendue, des saillies mamelonnées, variant du volume d'un pois à celui d'une pièce de 1 franc et présentant pour la plupart un poil dans leur partie centrale, donnent issue à un pus épais et blanchâtre; elles s'élèvent à 1/2 centimètre au-dessus des parties affaissées; les cheveux sont très raréfiés dans cette région.

Dans l'aisselle droite, la plus élevée des saillies indurées et pigmentées porte encore des pustules en évolution. Un groupe de pustules s'est développé derrière l'épaule droite. On note à la fesse droite une plaque nouvelle formée par des pustules agminées en cercle qui reposent sur une saillie érythémateuse et une induration du tissu cellulaire sous-cutané.

La plaque de la nuque est traitée depuis huit jours par l'iodoforme recouvert de diachylon.

La vaseline additionnée de sublimé à 1/500 n'a pas amélioré l'état des lèvres; on la remplace par une pommade au salol. Nous prescrivons un collutoire boraté pour la langue.

3 *juin*. — *L'inoculation au bras du liquide provenant d'une vésico-pustule du sein donne des résultats négatifs.*

La plaque de la nuque s'est affaissée, on voit néanmoins encore à sa périphérie quelques éléments nouveaux, des pustulettes, les unes isolées, les autres réunies en groupe sur une saillie rouge et indurée; elles ont pour la plupart un poil à leur centre. On applique sur elles un emplâtre salicylé et créosoté (formule d'Unna). La plaque inférieure est presque entièrement guérie; il reste un groupe de vésicules à la partie supéro-interne de la cuisse gauche. Les lèvres, traitées par la pommade au salol et la plaque du sein traitée par l'eau boriquée sont en voie d'amélioration ; une nouvelle lésion suppurative s'est produite dans le dos, au-dessous de l'épaule gauche; elle est constituée par une saillie rouge, à base indurée, donnant issue à du pus par un pertuis central autour duquel on voit des pustulettes.

Un bouton du volume d'un grain de chènevis et surmonté d'une vésico-pustule s'est développé à l'épigastre.

14 *juin*. — Une nouvelle plaque s'est produite au cuir chevelu, dans la région

pariétale droite, elle mesure déjà près de 7 centimètres de diamètre. Pansement au salol.

5 juillet. — La plus grande partie des boutons de la nuque se sont affaissés; quelques-uns sont encore en suppuration.

Au cuir chevelu, on voit au vertex, sur la partie gauche de l'occiput et dans la région pariétale droite, de nouvelles plaques saillantes, érythémateuses, surmontées de pustulettes et mesurant environ 1 centimètre de diamètre.

Les lèvres sont presque complètement guéries.

Le petit foyer sur le sein droit persiste. Au-dessus du pubis, un groupe de saillies mamelonnées forme un demi-cercle à concavité inférieure; la pression en fait sourdre du pus.

On applique la pommade au salol sur les plaques du cuir chevelu, l'emplâtre salicylé et créosoté sur la plaque pubienne.

3 août. — Sur la limite des régions pariétale et occipitale gauches, se trouvent trois plaques arrondies; la peau y est rouge et indurée; l'alopécie y est presque complète.

Les cheveux sont raréfiés au niveau de la grande plaque; elle présente une pigmentation d'un brun foncé; on note encore dans sa partie supérieure quelques saillies mamelonnées dont plusieurs sont surmontées de pustules.

Sur chacune des lèvres, il n'y a plus qu'une fissure verticale; la surface est excoriée à l'union du bord libre et de la muqueuse.

Sur la muqueuse de la joue gauche, à la hauteur de la commissure, on voit une saillie du volume d'une lentille, mamelonnée, indurée, présentant de nombreux foyers de suppuration miliaire. En arrière de celle-ci, se trouve une saillie moins prononcée, analogue, double d'étendue avec les mêmes foyers de suppuration. Derrière la commissure droite, on note une lésion semblable; elle forme une plaque allongée d'avant en arrière, mesurant 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large, sillonnée de lésions de cicatrice. Les lésions de la voûte palatine présentent les mêmes caractères, seulement les saillies y sont confluentes. Mêmes éléments sur la langue où ils sont séparés par des sillons profonds d'un demi-centimètre et entre-croisés en tous sens.

Il y a encore, au-dessus du pubis, des noyaux indurés avec rougeur de la peau, et, en arrière de la vulve, une saillie dure, atteignant le volume d'un gros pois et présentant un pertuis d'où on peut faire sortir du pus. Au niveau des nodosités sus-pubiennes, les poils sont très raréfiés. Ces deux nodosités sont distantes de 2 centimètres et placées aux extrémités transversales d'une plaque indurée et pigmentée.

A la partie interne de la cuisse droite, à trois centimètres au-dessous de la grande lèvre, on voit une nodosité de la grosseur d'un pois; elle est surmontée de petites saillies blanchâtres (grains de millet) dont la pression fait sortir du pus. Au niveau de ces parties, la peau a une coloration brunâtre.

La malade sort le 27 août, très améliorée. Il lui reste ses plaques d'alopécie, la pigmentation des parties malades et une plaque indurée au-dessus du pubis.

Il n'y a pas de cicatrices : on constate seulement, au niveau des grandes plaques maculeuses des fesses, un épaississement avec induration du derme et du tissu sous-jacent.

Les lésions de la muqueuse buccale persistent également : l'état sillonné de

la langue est le même, et l'on voit toujours des saillies mamelonnées avec points suppurés à la face interne de chaque joue.

17 *octobre*. La malade se présente à notre consultation. Nous constatons que l'état de la muqueuse buccale ne s'est pas modifié.

De nouvelles éruptions pustuleuses ont reparu depuis plusieurs jours dans des régions précédemment atteintes, l'aisselle droite, les grandes lèvres et la partie interne de la cuisse gauche. Les éruptions vulvaires se sont produites peu de jours après la sortie et ont persisté depuis lors.

La malade rentre le 25, au numéro 4 de la salle Lugol. Elle porte sur le cuir chevelu plusieurs plaques semblables à celles qui ont été décrites antérieurement.

A la suite d'une piqûre, il s'est développé une suppuration du pouce et de l'annulaire gauche : on voit sur leur face dorsale des pustulettes agglomérées.

7 *novembre*. Nous avons vu s'étendre progressivement une plaque suppurative située au vertex; elle mesure maintenant 7 centimètres de diamètre; les cheveux s'arrachent facilement à son niveau. Elle se continue à droite avec une plaque semblable qui mesure 3 centimètres sur 2. Les lésions de l'aisselle droite se sont notablement aggravées. On y distingue trois plaques superposées, rouges, saillantes de près de 1 centimètre, allongées transversalement, séparées par des sillons profonds d'apparence fongueuse; elles reposent sur un tissu cellulaire induré. Leur surface est parsemée de petits foyers purulents qui présentent tous les intermédiaires entre la pustulette miliaire et la pustule du volume d'un pois; les poils sont en parties tombés.

Le pouce de la main gauche est recouvert depuis la veille d'un emplâtre contenant 1 gramme de sublimé, 20 grammes de mercure et 10 grammes d'acide phénique par rouleau d'un cinquième de mètre carré. On trouve dans toute la partie sous-jacente l'épiderme soulevé en masse par une collection purulente. On prescrit l'application sur les parties malades de la main, du cuir chevelu et de la vulve de compresses imprégnées d'eau boriquée, et, sur celle de l'aisselle, de l'iodoforme. On touche trois fois par jour la muqueuse des joues et de la voûte palatine avec la glycérine phéniquée. On y distingue encore de nombreuses pustulettes.

15 *novembre*. La grande plaque du cuir chevelu s'est encore étendue, elle mesure actuellement 0,10 sur 0,08; mais elle s'est affaissée dans sa partie centrale qui ne présente plus que de l'épaississement avec induration de la peau; dans le reste de sa surface, elle est encore criblée de pustulettes dont quelques-unes ont un cheveu à leur centre. Les cheveux sont raréfiés à ce niveau. On voit deux plaques plus petites dans la région pariétale droite et une au niveau de la suture pariéto-occipitale gauche.

Dans l'aisselle, les pustules ont pour la plupart disparu.

L'état du pouce gauche s'est beaucoup amélioré. La suppuration est tarie presque complètement; elle ne persiste qu'au pourtour de l'ongle qui est décollé.

22 *novembre*. Le traitement par les applications boriquées a amené une grande amélioration. On ne distingue plus, sur le cuir chevelu, qu'un petit nombre de pustulettes; les saillies anormales s'y sont affaissées.

L'ongle du pouce gauche est tombé; il n'y a plus là de lésions en activité; il en est de même dans l'aisselle, à la vulve; c'est seulement sur la grande lèvre droite que l'on voit encore quelques saillies mamelonnées surmontées de

pustules. Seules les lésions buccales persistent avec les mêmes caractères. On substitue aux applications de glycérine phéniquée celles de vaseline boriquée.

27 *novembre*. De nouvelles pustules agglomérées ont apparu en différents points du cuir chevelu. Partout ailleurs l'amélioration s'accentue, l'état de la muqueuse buccale a été favorablement modifié par les applications boriquées ; le nombre des pustulettes y est beaucoup moindre.

5 *décembre*. Presque partout les foyers de suppuration se sont éteints; ils ne sont plus représentés que par des saillies indurées et pigmentées. On voit encore un très petit nombre de pustulettes sur la plaque du vertex.

13 *février* 1889. L'état de la malade est resté très satisfaisant depuis la dernière note; néanmoins la guérison ne peut être considérée comme complète : à plusieurs reprises, nous avons constaté la présence de vésico-pustules miliaires isolées sur le cuir chevelu; elles ont disparu sans se multiplier sous l'influence du pansement boriqué. Nous notons également un groupe d'éléments semblables sur la grande lèvre gauche.

Les lésions buccales ont persisté sans amélioration notable, jusqu'à la fin de janvier, malgré les applications de glycérine phéniquée; des pustulettes ont continué à se développer d'une manière ininterrompue dans les régions que nous avons indiquées; mais depuis quinze jours, une amélioration évidente s'est produite ; sous l'influence de la solution d'acide borique, que le malade a maintenu dans la bouche plusieurs fois par jour pendant quelques minutes, les pustulettes ont cessé de s'y produire et actuellement on n'en voit plus aucune.

En résumé, le type morbide représenté par cette malade est caractérisé par la production successive et ininterrompue, *si le traitement n'intervient pas*, de foyers de suppuration qui débutent, soit isolément, dans des parties jusque-là indemnes, soit au pourtour d'anciens foyers, par des vésico-pustules *miliaires*, s'accroissent excentriquement, s'accompagnent de tuméfaction avec rougeur des téguments et d'un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques polycycliques, s'éteignent au centre tout en s'agrandissant progressivement et ne laissent généralement d'autres traces que des macules pigmentées; ils occupent plus particulièrement les régions recouvertes de poils, le cuir chevelu, les aisselles, le pourtour de la vulve, mais on les observe également sur des parties glabres, telles que les mains, le tronc et les cuisses. Ils ne sont pas limités à la peau; la muqueuse buccale présente les mêmes éruptions. Les lésions peuvent également gagner en profondeur; nous les avons vues à plusieurs reprises s'étendre au tissu cellulaire sous-cutané et se compliquer ainsi de phlegmon.

Les plaques constituées par les foyers *conglomérés* peuvent atteindre des dimensions considérables; nous en avons observé à la nuque, sur les fesses et au pourtour de la vulve qui mesuraient plus de 10 centimètres de diamètre. Elles persistent avec une remarquable opiniâtreté et continuent à progresser aussi longtemps qu'elles ne sont pas convenablement

traitées. A mesure que leurs boutons se vident et s'éteignent en faisant place à des saillies qui, d'abord rouges, plissées et indurées, s'affaissent graduellement, et se transforment en simples taches pigmentaires, d'abord d'un brun foncé, puis de plus en plus claires, de nouvelles pustules se développent à leur périphérie. A plusieurs reprises, nous avons vu se former, notamment à la main, de vastes phlyctènes remplies de pus. Le plus ordinairement, les lésions disparaissent en laissant seulement après elles une pigmentation d'abord très sombre et d'une persistance remarquable, bien qu'elle finisse à la longue par s'atténuer beaucoup et même s'effacer : on est surpris de voir ces suppurations, qui souvent paraissent intéresser profondément le derme, ne pas donner lieu à des cicatrices apparentes. Il n'en est pas cependant toujours ainsi ; une des suppurations digitales s'est terminée par la perte d'une phalange, et nous avons noté, dans la région fessière, des indurations profondes avec dépression de la surface cutanée dans les parties où ont existé les phlegmons.

Ces suppurations ne s'accompagnent pas de troubles prononcés dans la nutrition générale : c'est à peine si, dans les moments où les désordres locaux ont été le plus accentués, la température s'est momentanément élevée un peu au-dessus de la normale (37°,9). Jamais nous n'avons vu survenir les accès intermittents de la pyémie.

Les foyers se régénèrent le plus souvent au niveau de plaques anciennes : sans aucun doute, des agents infectieux y séjournent à l'état latent et reprennent, après une période d'incubation plus ou moins longue, une nouvelle activité, comme le font les foyers de syphilis et de tuberculose.

L'examen bactériologique, pratiqué à quatre reprises différentes par M. L. Wickham, interne du service, a dénoté presque constamment la présence de staphylocoques et particulièrement de l'albus. Des recherches réitérées n'ont pu faire découvrir d'autre élément parasitaire.

La marche de la maladie, les récidives au niveau et au voisinage des anciens foyers, les auto-inoculations ne permettent guère de douter qu'il ne s'agisse là d'une affection parasitaire.

Est-elle liée à la pullulation des microbes vulgaires du pus, de staphylocoques qui trouveraient dans les téguments de notre malade un milieu exceptionnellement favorable à leur multiplication ? S'agit-il d'autres microphytes qui ont échappé à notre observation ?

On tend de plus en plus à attribuer, dans la genèse des maladies infectieuses, une importance capitale aux conditions particulières de réceptivité que présentent les différents sujets : peuvent-elles cependant suffire à expliquer pourquoi, chez notre malade, les suppurations mul-

tiples, après avoir débuté par des pustulettes miliaires, se propagent excentriquement et arrivent à former de larges plaques polycycliques; pourquoi elles s'étendent au tissu cellulaire sous-cutané; pourquoi elles laissent à leur suite une pigmentation si prononcée et si persistante; pourquoi elles envahissent la muqueuse buccale, se reproduisant avec opiniâtreté depuis trois ans aussitôt que l'on cesse de leur faire obstacle; pourquoi enfin, malgré leur étendue en surface et en profondeur, elles ne s'accompagnent d'aucun signe d'infection générale, constituant ainsi un type clinique qui ne rentre dans aucun de nos cadres classiques? Cela nous paraît bien douteux, et nous admettrons plus volontiers l'hypothèse d'un microbe encore indéterminé, transformant le tissu en un terrain favorable au développement des microbes pyogènes comme peuvent le faire l'achorion, le tricophyton et le bacille de la tuberculose.

Le diagnostic de l'affection que nous avons eue sous les yeux n'a pas été sans présenter de sérieuses difficultés. Trois dermatologues ont cru, en raison surtout des lésions linguales, à des manifestations anormales de la syphilis; on trouve, en effet, dans les auteurs des descriptions de syphilides qui s'en rapprochent.

Notre vénéré maître Ricord a fait connaître une syphilide vésico-pustuleuse annulaire, variété d'herpès impétigineux : elle débute par des macules rouges, qui bientôt deviennent saillantes, se disposent en cercles et se recouvrent de croûtes; on voit parfois à leur centre une vésico-pustule. Elle diffère de l'éruption de notre malade par son début, qui est une papule, et par l'absence de suppuration phlegmoneuse.

M. le professeur Fournier décrit une syphilide impétigineuse pustulo-crustacée; elle est constituée, au début, par de petites pustules que réunit une aréole rouge commune; plus tard, elles font place à des croûtes granuleuses, boursouflées, de couleur ocreuse; celles-ci sont assez étendues et représentent plusieurs pustules fusionnées; cependant les croûtelles gardent en se fusionnant leur cachet d'indépendance première, de telle sorte que leur surface est inégale et mamelonnée; elles sont épaisses et comme boursouflées en même temps que sèches, poreuses et cassantes. Leur couleur est plus ou moins jaunâtre ou d'un brun clair, quelquefois ocreuse.

Le derme n'est attaqué que superficiellement; la croûte surmonte l'érosion sans être encadrée par elle. Cette éruption siège le plus souvent à la nuque, au pubis et à la face; rare aux membres, elle est inconnue aux extrémités. Elle laisse des cicatrices superficielles qui peuvent disparaître ou persister.

Malgré des analogies incontestables, l'affection qu'a présentée notre

malade a différé de cette syphilide pustuleuse en des points essentiels : elle a envahi à plusieurs reprises le tissu cellulaire sous-cutané et engendré des phlegmons volumineux; elle se reproduit surtout par auto-inoculation; elle a donné lieu plusieurs fois à des soulèvements *phlycténoïdes* de l'épiderme par de vastes collections purulentes. En dehors de ces différences d'aspect avec les affections pustuleuses qui ont été rattachées à la syphilis, plusieurs particularités nous paraissent établir que nous n'avons pas affaire à une manifestation anormale de cette maladie : ce sont, la *résistance au traitement spécifique*, qui, poursuivi avec énergie pendant quarante-cinq jours, n'a donné aucune espèce de résultat, et, par contre, la guérison des diverses manifestations par les applications de substances antiseptiques et surtout de solution ou de pommade boriquées sans traitement spécifique; c'est ensuite la dissémination d'une éruption qui serait ou tout au moins deviendrait une manifestation tardive de la maladie, et l'absence de toute néoplasie ayant les caractères typiques de syphilides. Ajoutons que la malade nie énergiquement tout accident primitif et qu'elle assure n'avoir pas eu de rapports sexuels depuis la mort de son mari qui remonte à quatre aus.

S'agirait-il d'une forme anormale de la maladie récemment décrite par Durhing sous le nom de *dermatite herpétiforme* et si bien étudiée par Brocq : bien qu'elle soit plus ordinairement polymorphe, il en existe une forme pustuleuse; ses éléments sont miliaires ou volumineux; ils ont tendance, comme les vésicules d'herpès, à former des groupes qui s'étendent excentriquement; ils sont entourés d'une zone érythémateuse ou inflammatoire. Mais cette éruption paraît être de cause interne; elle apparaît sous forme d'attaques que séparent des périodes de repos plus ou moins longues. Chez notre malade, au contraire, l'affection semble être de cause externe et se reproduire par auto-inoculation. Elle est toujours constituée par le même élément, alors que la maladie de Duhring est d'ordinaire polymorphe. Enfin, on n'observe pas dans celle-ci, au même degré, les pigmentations si remarquables que nous avons notées chez B...

Les faits avec lesquels notre observation offre le plus d'analogie sont ceux qui ont été décrits par Hebra sous le nom d'*impétigo herpétiforme*. On y voit, en effet, se développer des pustules miliaires superficielles qui se multiplient et forment des groupes; les nouvelles poussées se font à la périphérie d'un foyer en suppuration ou en involution en une ou plusieurs séries; le centre, après un court stade d'humidité, se recouvre d'épiderme; il ne se fait pas d'ulcération, ni de cicatrices. Cette description peut s'adapter à l'éruption de notre malade; mais, à l'encontre de ce qui s'est passé chez elle, cet impétigo herpétiforme se produit presque

exclusivement chez la femme en état puerpéral, il s'accompagne d'une réaction fébrile intense et se termine presque toujours par la mort. Ces faits semblent au premier abord la séparer nettement de notre dermatite; cependant M. Kaposi signale des cas où il a évolué sans fièvre, il l'a vue guérir, et il en a observé un fait chez un jeune homme. Il résulte de là que, ni l'origine puerpérale, ni la pyrexie, ni le pronostic absolument fatal, ne caractérisent nécessairement cet impétigo. Les deux types morbides sont donc voisins : cependant la durée de notre dermatite, ses récidives incessantes, les altérations profondes que subit la muqueuse buccale, l'extension au tissu cellulaire des suppurations, l'épaississement et l'induration du derme qu'elles entraînent à leur suite, la perte de substance qu'elles peuvent provoquer, l'absence de troubles de la nutrition générale, et enfin la bénignité de la maladie sont autant de caractères qui lui appartiennent en propre et nous permettent de la considérer comme une *espèce morbide nouvelle*.

Pour donner une étiquette scientifique à cette maladie, il faudrait en connaître les causes prochaines, c'est-à-dire l'agent infectieux qui lui donne naissance et les conditions de réceptivité pour cet agent : à défaut, le nom de *dermatite chronique pustuleuse en foyers à progression excentrique*, que nous proposons de lui appliquer, en résume les principaux caractères : *c'est une forme d'infection pyogénique chronique limitée aux téguments*.

M. H. Feulard : Un heureux hasard me permet de vous faire connaître un second cas de la maladie si curieuse dont M. Hallopeau vient de vous entretenir ; et mieux encore, vous allez voir le sujet lui-même qui en est atteint. La chance nous a favorisés, car il y a à peine deux semaines que ce malade est entré dans le service de mon maître, M. le professeur Fournier, à l'obligeance duquel je dois de pouvoir vous le montrer aujourd'hui.

Présentation du malade.

Voici l'histoire résumée de ce cas.

Ce malade, G... (Léon), âgé de cinquante ans, exerçant la profession de garde champêtre, habite les environs de Paris : il n'a jamais eu comme maladie que la variole, il y a vingt-cinq ans; il n'est pas syphilitique. Il ne fournit aucun renseignement sur l'état de santé de ses parents.

Il y a un an que la maladie actuelle a débuté simultanément aux régions actuellement occupées sous forme d'éléments éruptifs, petits boutons pustuleux isolés, qui, ayant progressivement grandi, présentent maintenant l'aspect curieux que vous pouvez constater.

La maladie présente trois sièges principaux : la *région génito-crurale*, *la face*, *la cavité buccale*, mais d'importance bien différente.

1° *Région génito-crurale.* — En découvrant le malade, en effet, ce qui frappe à première vue, ce sont les plaques éruptives de couleur foncée qui disposées d'une façon presque continue sur le bas de l'abdomen, la partie supérieure des cuisses et les organes génitaux, forment au-devant du malade, qu'on me passe la vulgarité de l'expression, comme un étroit caleçon de bain ou mieux un pagne.

Ce vaste placard est limité, en haut, du côté de l'abdomen, par un bord irrégulier situé à quatre travers de doigts environ au-dessous de la ligne ombilicale. L'éruption occupe donc à peu près tout le bas du ventre. Ce bord ne figure pas une ligne nettement tracée, mais il est irrégulier, festonné par places, parce que l'éruption tendant à progresser par en haut envoie des prolongements vers les parties saines dans la direction de l'ombilic. A côté de ces prolongements, se trouvent disposés à peu de distance du bord de la grande plaque de petits groupes éruptifs, isolés, séparés de ce bord par un peu de peau saine.

Plus haut encore, sur l'abdomen, se voient des éléments semblables isolés, en petit nombre, formant comme des colonies avancées; mais l'extrême limite où ces éléments se rencontrent est une ligne qui réunirait transversalement le bord inférieur des côtes. C'est dire que la région thoracique antérieure est encore indemne.

Les dimensions de ces éléments, avant qu'ils soient agminés, varient depuis celles d'un grain de mil jusqu'à celles d'une pièce de 1 franc, en passant par tous les degrés intermédiaires, si bien que l'on peut suivre très aisément, croyons-nous, le développement progressif et la marche de ces lésions.

Leur point de départ paraît être une petite pustulette à centre grisâtre, croûtelleux, à pourtour rouge; puis la lésion augmentant, le centre devient saillant, papuleux, tout en restant entouré d'une zone rouge.

La consistance d'un bouton ainsi formé est assez dure ; la surface est brillante, humide, présentant une multitude de petites anfractuosités, desquelles on peut faire sourdre par la pression de petites gouttelettes séro-purulentes.

C'est par le groupement, puis par la cohésion de ces éléments dont les bords se sont confondus, qu'est formé le grand placard éruptif du bas du ventre, lequel reproduit en grand l'aspect signalé sur chacun des petits éléments.

Ainsi est formée cette grande plaque épaisse, d'aspect rouge brun, suintante, traversée de sillons, déformant les plis des aines en les épaississant, présentant l'aspect mamelonné que prennent les végétations vulvaires ou encore les condylomes syphilitiques confluents des grandes lèvres chez certaines femmes malpropres.

Cet aspect est surtout remarquable dans les endroits où il y a un suintement naturel, dans les plis inguinaux, sur le scrotum en partie envahi et dans les points où la verge repose sur le scrotum. Chose curieuse, l'éruption qui a envahi la face postérieure de la verge et s'est avancée jusqu'au prépuce qui est infiltré et épaissi, a respecté le tiers inférieur de la face antérieure s'avançant du pubis sur le pénis, mais s'arrêtant aux deux tiers de celui-ci par un bord net en forme de croissant à concavité inférieure. Seul donc des téguments de la verge, a été respecté cet espace en forme de fer à cheval allongé, représentant le tiers inférieur de l'organe, cela sur la face antérieure seulement; tout le reste est pris.

L'éruption a envahi une grande partie du scrotum, se continue sur le périnée, au pourtour de l'orifice anal, et déjà occupe une partie de la face supéro-interne des cuisses.

En un mot, partout où il y a contact et frottement, la peau est envahie, et les lésions affectent ainsi une disposition symétrique tout à fait curieuse reproduisant exactement la place des points de pression.

Au pourtour de l'anus, les végétations sont très abondantes et présentent un aspect syphiloïde (condylome végétant) tout à fait remarquable.

Les membres inférieurs sont respectés, sauf, comme nous l'avons dit, à leur racine où l'éruption occupe les deux régions des aines et descend sur les cuisses jusqu'à trois travers de doigt environ de l'arcade crurale. Le bord saillant par lequel elle se termine des deux côtés est plus net que le bord abdominal. Une seule colonie se voit à 2 centimètres au-dessous du bord de l'éruption, à la cuisse droite.

Au-dessus de la ligne que nous avons donnée comme le bord abdominal du placard éruptif, le tronc ne présente à la face antérieure que quelques petits placards disséminés au-dessus de l'ombilic, puis rien ; mais à la face postérieure, on trouve au niveau de la région lombaire quelques éléments isolés ou déjà groupés dans lesquels les lésions ne végètent pas encore comme dans les plis abdominaux et génito-cruraux. Le dos proprement dit est respecté ainsi que les membres supérieurs.

Pour en finir avec le siège principal de la maladie, l'éruption du pubis, nous dirons que les poils existent encore dans cette région, clairsemés et la plupart tenant encore solidement.

Il s'exhale de ces régions une odeur infecte qui rappelle celle des condylomes syphilitiques non pansés.

2° *Face*. — Les lésions siègent exclusivement du côté gauche, sur les lèvres, la joue et la région sous-maxillaire. Sur la joue, la lésion affecte surtout l'aspect sycosiforme, formant sur la partie inférieure de la joue, un relief en bourrelet demi-circulaire à concavité supérieure. Sur la lèvre, au-dessous de la narine gauche, placard isolé, semblable à une plaque d'eczéma sycosiforme épaissi. A la région sous-maxillaire, placard de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, circulaire, d'aspect sycosique et dont on fait sourdre par la pression de nombreuses gouttelettes du pus.

Les poils de la barbe sont conservés, ils traversent les parties malades, mais se laissent plus facilement enlever qu'à la région pubienne. Le reste de la face et le cuir chevelu sont sains.

3° *Cavité buccale*. — Mais ce qui est tout à fait curieux, c'est que l'éruption siège également dans la cavité buccale.

En effet, au niveau de la commissure labiale gauche, sur la face interne de la lèvre inférieure, il semble qu'il y ait continuité de tissu entre l'éruption cutanée et celle des muqueuses.

Celle-ci se présente sous forme de plaques blanchâtres, d'aspect leucoplasique végétant rappelant certaines végétations épithéliomateuses, mais aussi certaines lésions syphilitiques. La langue est altérée. La face supérieure est sillonnée de nombreux plis, et sur ses bords se trouvent de véritables bouquets de végétations papillomateuses blanchâtres, desquelles on fait sourdre par la pression un peu de sang et une substance jaunâtre épaisse.

Le voile du palais, les piliers sont également envahis, la luette est épaissie

et, ainsi que les piliers, présente cet aspect papillomateux blanchâtre signalé sur les bords de la langue.

Tels sont, rapidement énoncés, les principaux caractères de cette éruption qui, comme vous le voyez, en comparant les moulages que j'ai fait faire au moment de l'entrée du malade (*Musée de l'hôpital Saint-Louis*, coll. générale, n°s 1460, 1461) avec ceux qu'a fait exécuter l'année dernière, sur sa malade, M. Hallopeau (*Musée*, ibid, n°s 1325, 1326, 1344) présentent avec le cas de M. Hallopeau la plus grande analogie. Je crois que ces deux faits sont encore isolés, et qu'il s'agit d'une affection vraisemblablement tout à fait nouvelle.

M. Hallopeau : L'éruption du malade, qui vient d'être présenté par M. Feulard, est en toute évidence la même que celle que nous avons décrite : ce sont les mêmes plaques récentes composées de vésico-pustules groupées en cercle; ce sont les mêmes plaques anciennes, saillantes, végétantes, indurées et pigmentées, qu'entourent une couronne de vésico-pustules; ce sont les mêmes contours polycycliques; c'est le même aspect caractéristique; ce sont les mêmes localisations aux régions inguinales, aux parties génitales et à la face; ce sont les mêmes lésions de la muqueuse buccale, les mêmes plaques mamelonnées des jambes, avec leurs pustulettes miliaires dont la piqûre donne issue à du pus, le même aspect de la langue divisée en mamelons par des sillons profonds; ce sont les mêmes récidives incessantes pendant plusieurs années, sans troubles de la nutrition générale. Notre fait n'est donc pas isolé : *il y a là une nouvelle dermatite suppurative non encore décrite* (1).

M. Schwimmer : Nous devons remercier MM. Hallopeau et Feulard de leurs intéressantes communications. La maladie cutanée que présente ce malade me paraît en effet absolument étrange et en dehors des types que nous connaissons habituellement. C'est un fait qui restera gravé dans la mémoire des personnes présentes, après avoir vu les admirables moulages du musée et le cas vivant, et qui leur permettra de reconnaître dans la suite, s'il s'en trouve, d'autres cas semblables.

(1) M. le professeur Kaposi, qui n'assistait pas à cette partie de la séance, mais qui vit le lendemain les moulages et le malade présentés, a émis l'idée qu'il avait figuré une éruption semblable dans les planches LXIII et LXIV de sa *Syphilis der Haut*. Nous ne pouvons nous ranger à cette manière de voir. Un des caractères de l'éruption présentée par nos deux malades a été *leur début et leur progression par foyers miliaires isolés, ainsi que l'absence d'ulcération;* or, il est dit expressément, dans l'observation de M. Kaposi, que les surfaces malades étaient limitées par un bord saillant, large d'un millimètre et demi, nettement découpé et ulcéré en dedans, infiltré en dehors. Il y a là un caractère différentiel assez important pour nous permettre d'affirmer que, malgré d'incontestables analogies d'aspect, cette éruption n'appartient pas au type morbide que nous avons décrit.